



**BMI Benefits, LLC.**  
P.O. Box 511  
Matawan, NJ 07747  
Teléfono: 800.445.3126  
Fax: 732.583.9610  
www.bobmccloskey.com

## Formulario De Reclamo De Accidente Estudiantil

Porfavor de completar este formulario en su totalidad y presente los beneficios de BMI dentro de los 90 días a partir de la fecha del accidente. Por favor, guarde una copia para sus archivos. Comuníquese con los proveedores médicos donde se recibió el tratamiento, envíe la información de facturación de BMI como su seguro secundario y solicite que BMI se facture directamente. También puede obtener de los proveedores médicos **todas las facturas detalladas y la explicación de beneficios del seguro primario (EOB)**. Las facturas detalladas se consideran Formularios **HCFA CMS 1500** (consultorio médico) o Formularios **UB-04** (hospitales), **sin saldos vencidos**. Por favor consulte el documento de instrucciones de reclamaciones adjunto para obtener información adicional.

PARTE 1A: TITULAR DE LA PÓLIZA				
Escuela/Organización/Nombre del titular de la póliza		Ubicación/Nombre De La Escuela Individual		Póliza #
Dirección Postal De La Escuela/Organización/Titular De La Póliza (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				
El Nombre Del Estudiante			Fecha De Nacimiento	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Fecha De Accidente	Tiempo/Hora	Nombre De La Actividad o Tipo De Deporte	Parte Del Cuerpo Lesionada	<input type="checkbox"/> Izquierda o <input type="checkbox"/> Parte Derecha Del Cuerpo
En el momento del accidente, Estuvo el alumno involucrado en una actividad patrocinada y supervisada por el titular de la póliza?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En el momento del accidente, viajaba el estudiante hacia o desde una actividad escolar programada regularmente?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cómo ocurrió la lesión?				
Nombre Del Funcionario Escolar:			Fue él/ella un testigo del accidente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Firma del supervisor/Oficial		Título	Fecha	
<b>NOTA: La parte 1A debe estar firmada por un funcionario del titular de la póliza o la reclamación no puede ser procesada</b>				
INFORMACIÓN DEL SEGURO				
Número De Seguro Social Del Estudiante (SSN debe ser provisto según lo requiera el Centro de Servicios de Medicare)				
Dirección De La Casa De El Estudiante (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				
El Está Estudiante cubierto por cualquier otra póliza de seguro, ya sea como dependiente, o bajo un grupo, individuo, automóvil, médico o pasivo?				
Política? <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, nombre de la Póliza de Seguros: _____ Número De Póliza: _____				
El seguro anterior es un Plan de Medicaid o un Seguro Militar como Tricare? <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>				
INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES				
Nombre De Madre/Tutor/Guardian			Nombre De Padre/Tutor/Guardian	
Teléfono	Correo Electrónico		Teléfono	Correo Electrónico
El Padre/Tutor/Guardian Está Empleado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		El Padre/Tutor/Guardian Está Empleado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Empleador			Empleador	
<b>AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:</b> Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, centro médico, médico, compañía de seguros u organización a que lo proporcionen a solicitud de BMI Benefits, LLC. O las compañías aseguradoras con las que trabaja, la información que usted puede tener, incluidos los hallazgos y los tratamientos prestados, y copias de todos los registros hospitalarios y médicos de servicios profesionales y atención hospitalaria prestados en mi nombre. La autorización anterior se otorga en el entendimiento de que cualquier derecho legal que pueda tener para reclamar comunicaciones entre nosotros como privilegios se renuncia expresamente y voluntariamente. Un fotostático de esta autorización se considerará válido y efectivo como el original. Los pagos se realizarán a los proveedores del servicio, a menos que un recibo / estado de cuenta pagado acompañe el envío del reclamo médico. Toda persona que intencionalmente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte con fines de información engañosa sobre cualquier material factual de la misma, comete un acto de seguro fraudulento, que es delito, y también estará sujeto a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación.				
Firma Del Reclamante o De La Persona Autorizada			Fecha	

**CLAIM FORM FRAUD NOTICE**

Arkansas	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
Colorado	It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado Division of Insurance within the Department of Regulatory Agencies.
District of Columbia	WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.
Florida	Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.
Kansas	A "fraudulent insurance act" means an act committed by any person who, knowingly and with intent to defraud, presents, causes to be presented or prepares with knowledge or belief that it will be presented to or by an insurer, purported insurer, broker or any agent thereof, any written, electronic, electronic impulse, facsimile, magnetic, oral, or telephonic communication or statement as part of, or in support of, an application for the issuance of, or the rating of an insurance policy for personal or commercial insurance, or a claim for payment or other benefit pursuant to an insurance policy for commercial or personal insurance which such person knows to contain materially false information concerning any fact material thereto; or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto.
Kentucky	Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.
Louisiana	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
Maine	It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines, or denial of insurance benefits.
Maryland	Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
New Jersey	Any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy is subject to criminal and civil penalties.
New Mexico	ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO CIVIL FINES AND CRIMINAL PENALTIES.
New York	General: All applications for commercial insurance, other than automobile insurance: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.  All applications for automobile insurance and all claim forms: Any person who knowingly makes or knowingly assists, abets, solicits or conspires with another to make a false report of the theft, destruction, damage or conversion of any motor vehicle to a law enforcement agency, the department of motor vehicles or an insurance company, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the value of the subject motor vehicle or stated claim for each violation.  Fire: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime.  The proposed insured affirms that the foregoing information is true and agrees that these applications shall constitute a part of any policy issued whether attached or not and that any willful concealment or misrepresentation of a material fact or circumstances shall be grounds to rescind the insurance policy.
Ohio	Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.
Oklahoma	WARNING: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.
Pennsylvania	All Commercial Insurance, Except As Provided for Automobile Insurance: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a

	<p>crime and subjects such person to criminal and civil penalties.</p> <p>Automobile Insurance: Any person who knowingly and with intent to injure or defraud any insurer files an application or claim containing any false, incomplete or misleading information shall, upon conviction, be subject to imprisonment for up to seven years and the payment of a fine of up to \$15,000.</p>
Puerto Rico	Any person who knowingly and with the intention of defrauding presents false information in an insurance application, or presents, helps, or causes the presentation of a fraudulent claim for the payment of a loss or any other benefit, or presents more than one claim for the same damage or loss, shall incur a felony and, upon conviction, shall be sanctioned for each violation by a fine of not less than five thousand dollars (\$5,000) and not more than ten thousand dollars (\$10,000), or a fixed term of imprisonment for three (3) years, or both penalties. Should aggravating circumstances [be] present, the penalty thus established may be increased to a maximum of five (5) years, if extenuating circumstances are present, it may be reduced to a minimum of two (2) years.
Rhode Island	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
Tennessee	<p>All Commercial Insurance, Except As Provided for Workers' Compensation It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.</p> <p>Workers' Compensation: It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to any party to a workers' compensation transaction for the purpose of committing fraud. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.</p>
Utah	Workers' Compensation: Any person who knowingly presents false or fraudulent underwriting information, files or causes to be filed a false or fraudulent claim for disability compensation or medical benefits, or submits a false or fraudulent report or billing for health care fees or other professional services is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.
Virginia	It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.
Washington	It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.
West Virginia	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
All Other States	Any person who knowingly and willfully presents false information in an application for insurance may be guilty of insurance fraud and subject to fines and confinement in prison. (In Oregon, the aforementioned actions may constitute a fraudulent insurance act which may be a crime and may subject the person to penalties).



BMI Benefits, LLC.  
P.O. Box 511  
Matawan, NJ 07747  
Teléfono: 800.445.3126  
Fax: 732.583.9610  
www.bobmccloskey.com

## Seguro de Accidente Estudiantil Instrucciones para presentar una reclamación

1. **Formulario de reclamo de accidente/lesión de beneficios de BMI:** La parte 1A debe estar firmada por la escuela/titular de la póliza. Todas las demás secciones deben ser completadas por la escuela y el padre/guardián. Si está empleado, pero no tiene seguro, por favor mencione "SIN SEGURO" y proporciónenos una declaración de su empleador que indique que el estudiante/reclamante no tiene seguro o complete el formulario adjunto: "Declaración de No Otro Seguro". De lo contrario, nuestra oficina puede enviar un cuestionario de seguro a su empleador para ser utilizado como verificación de no cobertura de dependientes.
2. **Comuníquese con todos los proveedores médicos donde se recibió el tratamiento y dígalos que tiene un seguro secundario.** Si Usted le brinda a su proveedor de atención médica la información de facturación de BMI Benefits, debe facturarle directamente a BMI una vez que facturen a su seguro de salud primario. También puede obtener y adjuntar copias de la Explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros principal y todas las facturas médicas detalladas, conocidas como HCFA CMS 1500 (formulario de facturación médica) y UB-04 (formulario de facturación del hospital). Las facturas médicas detalladas deben mostrar los códigos ICD-10 y CPT para los servicios prestados, así como otra información necesaria para el procesamiento del seguro. Las declaraciones de saldos adeudados NO son facturas detalladas y no pueden ser procesadas y pagadas por BMI Benefits. La póliza de seguro es un seguro excedente, lo que significa que los beneficios se brindan después de que cualquier otro seguro válido y cobrable haya procesado los reclamos médicos.
3. En cuanto a las reclamaciones por lesiones dentales, la política cubrirá lesiones accidentales a dientes sanos y naturales. El reclamo debe presentarse tanto al seguro dental como al seguro médico, si está disponible. En lo que respecta al reembolso de los gastos de medicamentos recetados, necesitaremos una copia de la factura de medicamentos recetados detallada. Los recibos de caja registradora solos no serán suficientes.
4. Si ya pagó al proveedor de servicios médicos y desea que se le reembolse directamente, adjunte un recibo o extracto pagado que verifique el pago junto con las facturas detalladas y los EOB principales. Las HSA y las FSA son reembolsables, sin embargo, las HRA no son reembolsables.
5. Envíe el formulario de reclamo completo, las facturas detalladas y el seguro primario Explicación de beneficios a BMI Benefits, LLC. Las reclamaciones pueden enviarse por correo postal, fax o correo electrónico.

FAX	CORREO	CORREO ELECTRÓNICO
732-583-9610	BMI Benefits, LLC PO Box 511 Matawan, NJ 07747	clerk@bobmccloskey.com

6. Puede comunicarse con BMI Benefits, LLC al 800.445.3126 para analizar su reclamo. Tenga en cuenta que la resolución de su reclamo puede tardar varias semanas en procesarse. Cuando contacte a BMI Benefits, tenga a mano su formulario de reclamo, así como el nombre de la escuela, el distrito escolar o el titular de la póliza para asegurar una pronta asistencia.

**NOTA:** Cuando BMI procesa un reclamo presentado, se enviará por correo al Proveedor de servicios médicos una Explicación de Beneficios (EOB) junto con el pago de cualquier cheque. También se envía por correo una segunda copia a la dirección que figura en el archivo para que el reclamante / estudiante explique los detalles del pago del reclamo. Si falta información para que BMI procese y pague un reclamo pendiente, se enviará un EOB por correo indicando lo que debe enviarse al BMI para su reprocesamiento y pago del reclamo médico. Todos los reclamos presentados están sujetos a los términos, condiciones y beneficios de la póliza según se describen en la cobertura seleccionada por el titular de la póliza.



BMI Benefits, LLC.

P.O. Box 511

Matawan, NJ 07747

Teléfono: 800.445.3126

Fax: 732.583.9610

www.bobmccloskey.com

## Seguro de Accidente Estudiantil Preguntas Frecuentes

### **Por que la escuela de mi hijo proporciona seguro de accidentes para estudiantes?**

Muchos planes de seguro de salud tienen deducibles altos y límites del plan que dejan a los padres con facturas altas resultantes de un accidente inesperado. Esta póliza de exceso, proporcionada por la escuela, protege a los estudiantes y las familias de los costos asociados con los accidentes relacionados en el tiempo escolar y/o los deportes, según la cobertura de póliza elegida de su escuela.

### **Que es BMI Benefits?**

BMI Benefits, LLC. Es el administrador de reclamaciones en nombre de la compañía de seguros.

### **El seguro primario siempre tiene que pagar primero?**

Sí. Los reclamos médicos siempre deben enviarse inicialmente a su póliza de seguro primaria. Cualquier saldo restante de los gastos no cubiertos por su primaria se someterá a la política de exceso. La póliza cubrirá el saldo restante de los gastos elegibles hasta el máximo del plan.

### **Paga la póliza de seguro de accidentes los gastos de bolsillo como copagos y deducibles?**

Sí. Estos cargos pueden enviarse a la póliza de seguro de accidentes para proporcionar el reembolso.

### **Qué documentos son necesarios para procesar un reclamo?**

Si su estudiante está involucrado en un accidente relacionado con la escuela, se necesitan los siguientes documentos para procesar adecuadamente un reclamo:

- **Formulario de reclamo de accidente de beneficios de BMI completo**
- **Factura detallada - en forma de HCFA CMS1500 o UB04**. Esto se puede obtener a través del proveedor médico. **NO ENVÍE** recibos de efectivo, saldo adeudado, saldos adeudados o estados de cuenta vencidos para el procesamiento o pago de reclamaciones. Una factura detallada (HCFA o UB04) contiene la siguiente información:
  - o Nombre del proveedor, dirección del proveedor, número de identificación fiscal
  - o Fecha (s) del servicio, tipo de servicio prestado, incluidos códigos CPT e ICD-9
  - o La tarifa por cada procedimiento
- **Explicación de beneficios (EOB) del seguro primario** - debe recibir una copia de esto de su compañía de seguros principal.

### **A dónde envío todos estos documentos?**

Envíe todos los formularios de reclamación, facturas detalladas, EOB principales, otra información de seguro y correspondencia de reclamaciones a BMI Benefits, LLC. **Puede ser más fácil ponerse en contacto con su proveedor médico, presentar la información del IMC como el seguro secundario, y el proveedor facturará el IMC directamente con los recibos detallados y las EOB principales.**

### **Qué información de seguro tengo que darle a un proveedor?**

Cuando vaya al hospital, al consultorio del médico, a la clínica de TP, etc., debe recordar que tiene un seguro secundario a través de la póliza de seguro médico para accidentes estudiantiles de su escuela. Indique al proveedor que primero le facture a su seguro primario y luego envíe la EOB principal y la factura detallada a BMI Benefits, LLC. **Si no envió la información del seguro secundario en su primera visita, llame al proveedor y bríndeles la información del seguro secundario para Beneficios de BMI.** Si el proveedor factura la póliza de seguro de accidentes estudiantiles de la escuela directamente, esto evitará que se envíe una declaración de saldos adeudados al estudiante/padre.

### **Qué puede causar un retraso en el procesamiento y el pago de un reclamo?**

El administrador de reclamos no puede procesar un reclamo al que le faltan uno o más de los siguientes documentos: el formulario de reclamo de accidente / lesión, el proyecto de ley detallado o el rechazo / EOB principal. No podemos aceptar saldos vencidos, saldos a plazo o vencidos para el procesamiento de reclamaciones.

**A quién puedo contactar si tengo alguna pregunta?** Si tiene preguntas después de enviar sus reclamos a BMI Benefits, LLC. por favor contáctelos al 800-445-3126. Tenga en cuenta que la resolución de su reclamo puede tardar varias semanas en procesarse. Cuando contacte a BMI Benefits, tenga a mano su formulario de reclamo, así como el nombre de la escuela, el distrito escolar o el titular de la póliza para asegurar una pronta asistencia.

**NOTA:** Cuando BMI procesa un reclamo presentado, se enviará por correo al Proveedor de servicios médicos una Explicación de Beneficios (EOB) junto con el pago de cualquier cheque. También se envía por correo una segunda copia a la dirección que figura en el archivo para que el reclamante / estudiante explique los detalles del pago del reclamo. Si falta información para que BMI procese y pague un reclamo pendiente, se enviará un EOB por correo indicando lo que debe enviarse al BMI para su reprocesamiento y pago del reclamo médico.



BMI Benefits, LLC.  
P.O. Box 511  
Matawan, NJ 07747  
Teléfono:  
800.445.3126 Fax:  
732.583.9610  
www.bobmccluskey.com

### **Declaración de Ningún Otro Seguro**

Por favor de completar este formulario en su totalidad y presente los beneficios de BMI dentro de los 90 días a partir de la fecha del accidente, con Formulario De Reclamo De Accidente Estudiantil.

### **Declaración de Ningún Otro Seguro**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que no estaba cubierto por ninguna otra póliza de Seguro,  
(Nombre)  
atraves de mí o mis Padres por el accidente fechado \_\_\_\_\_. Si algun otra póliza de Seguro entra en vigencia lo notificaré al seguro de BMI y Re-enviaré todas las facturas eligibles a la nueva comopania de Seguro. Entiendo que la cobertura de Beneficios BMI es el exceso de cualquier otro Seguro y pagara despue de el Seguro primario. Entiendo que si alguna de estas declaraciones son falsas, podria considerar mi reclamacion ineligible.

\_\_\_\_\_  
(Nombre Asegurado(a) nombre de Padre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(firma del Asegurado(a) o firma del Padre si el Asegurado es un menor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Nombre de la Escuela/Asegurado:** \_\_\_\_\_

**FRAUD WARNING:**

**ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND/OR WITH INTENT TO INJURE, DEFRAUD OR DECEIVE AN INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSONS, FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING FALSE, INCOMPLETE OR MISLEADING INFORMATION MAY BE GUILTY OF INSURANCE FRAUD AND SUBJECT TO CRIMINAL AND SUBSTANTIAL CIVIL PENALTIES.**

# ITEMIZED BILL FOR PHYSICIAN BILLING - HICFA 1500 FORM



## HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 02/12

PICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																		
1. MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> FECA BLK LUNG <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> <small>(Medicare#) (Medicaid#) (ID#/DoD#) (Member ID#) (ID#)</small>					1a. INSURED'S I.D. NUMBER (For Program in Item 1)																													
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)					3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY		SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)																									
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)					6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>					7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)																								
CITY					STATE					8. RESERVED FOR NUCC USE																								
ZIP CODE					TELEPHONE (Include Area Code) ( ) ( )					CITY																								
STATE					STATE					STATE																								
ZIP CODE					TELEPHONE (Include Area Code) ( ) ( )					ZIP CODE																								
TELEPHONE (Include Area Code) ( ) ( )					TELEPHONE (Include Area Code) ( ) ( )					TELEPHONE (Include Area Code) ( ) ( )																								
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)					10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO:					11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER																								
a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER					a. EMPLOYMENT? (Current or Previous) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY																								
b. RESERVED FOR NUCC USE					b. AUTO ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																								
c. RESERVED FOR NUCC USE					c. OTHER ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC)																								
d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME					10d. CLAIM CODES (Designated by NUCC)					c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME																								
<b>READ BACK OF FORM BEFORE COMPLETING &amp; SIGNING THIS FORM.</b>										d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <i>If yes, complete items 9, 9a, and 9d.</i>																								
12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE. I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.										13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE. I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below.																								
SIGNED _____ DATE _____										SIGNED _____																								
14. DATE OF CURRENT ILLNESS, INJURY, or PREGNANCY (LMP) MM DD YY					15. OTHER DATE MM DD YY					16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY																								
17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE					17a. _____					18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY																								
19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)					17b. NPI _____					20. OUTSIDE LAB? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO \$ CHARGES _____																								
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY Relate A-L to service line below (24E) ICD Ind. _____										22. RESUBMISSION CODE _____ ORIGINAL REF. NO. _____																								
A. _____ B. _____ C. _____ D. _____										23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER _____																								
E. _____ F. _____ G. _____ H. _____																																		
I. _____ J. _____ K. _____ L. _____																																		
24. A. DATE(S) OF SERVICE From MM DD YY To MM DD YY		B. PLACE OF SERVICE		C. EMG		D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER			E. DIAGNOSIS POINTER		F. \$ CHARGES		G. DAYS OR UNITS		H. EPSDT Family Plan		I. ID. QUAL.		J. RENDERING PROVIDER ID. #															
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		
25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER					SSN EIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					26. PATIENT'S ACCOUNT NO.					27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					28. TOTAL CHARGE \$ _____					29. AMOUNT PAID \$ _____					30. Rsvd for NUCC Use				
31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)										32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION										33. BILLING PROVIDER INFO & PH # ( )														
SIGNED _____ DATE _____										a. NPI _____					b. _____					a. NPI _____					b. _____									

CARRIER ↑ PATIENT AND INSURED INFORMATION ↓ PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION ↓

# ITEMIZED BILL FOR HOSPITAL & FACILITY CHARGES - UB04 FORM

1													2													3a PAT. CNTL. #			4 TYPE OF BILL							
																										b. MED. REC. #										
																										5 FED. TAX NO.			6 STATEMENT COVERS PERIOD FROM THROUGH			7				
8 PATIENT NAME													9 PATIENT ADDRESS																							
b													b													c			d			e				
10 BIRTHDATE			11 SEX	12 DATE			ADMISSION 13 HR 14 TYPE 15 SRC			16 DHR			17 STAT			18			19			20			21			CONDITION CODES 22 23 24 25 26 27 28			29 ACDT STATE			30		
31 OCCURRENCE CODE DATE			32 OCCURRENCE CODE DATE			33 OCCURRENCE CODE DATE			34 OCCURRENCE CODE DATE			35 OCCURRENCE SPAN FROM THROUGH			36 OCCURRENCE SPAN FROM THROUGH			37																		
38													39 VALUE CODES AMOUNT			40 VALUE CODES AMOUNT			41 VALUE CODES AMOUNT																	
a													b			c			d																	
b																																				
c																																				
d																																				
42 REV. CD.			43 DESCRIPTION										44 HCPCS / RATE / HIPPS CODE			45 SERV. DATE			46 SERV. UNITS			47 TOTAL CHARGES			48 NON-COVERED CHARGES			49								
1																																				
2																																				
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
21																																				
22																																				
23			PAGE ____ OF ____										CREATION DATE			TOTALS																				
50 PAYER NAME													51 HEALTH PLAN ID			52 REL. INFO			53 ASG. BEN.			54 PRIOR PAYMENTS			55 EST. AMOUNT DUE			56 NPI								
A																									57 OTHER PRV ID											
B																																				
C																																				
58 INSURED'S NAME									59 P.REL.			60 INSURED'S UNIQUE ID			61 GROUP NAME			62 INSURANCE GROUP NO.																		
A																																				
B																																				
C																																				
63 TREATMENT AUTHORIZATION CODES									64 DOCUMENT CONTROL NUMBER									65 EMPLOYER NAME																		
A																																				
B																																				
C																																				
66 DX			67			A			B			C			D			E			F			G			H			68						
I			J			K			L			M			N			O			P			Q												
69 ADMIT DX			70 PATIENT REASON DX			a			b			c			71 PPS CODE			72 ECI									73									
74 PRINCIPAL PROCEDURE CODE			74 PRINCIPAL PROCEDURE DATE			a. OTHER PROCEDURE CODE			a. OTHER PROCEDURE DATE			b. OTHER PROCEDURE CODE			b. OTHER PROCEDURE DATE			75			76 ATTENDING NPI			QUAL												
																								LAST			FIRST									
c. OTHER PROCEDURE CODE			c. OTHER PROCEDURE DATE			d. OTHER PROCEDURE CODE			d. OTHER PROCEDURE DATE			e. OTHER PROCEDURE CODE			e. OTHER PROCEDURE DATE						77 OPERATING NPI			QUAL												
																								LAST			FIRST									
80 REMARKS						81CC a															78 OTHER NPI			QUAL												
						b																		LAST			FIRST									
						c																		79 OTHER NPI			QUAL									
						d																		LAST			FIRST									



# ADA American Dental Association® Dental Claim Form

## HEADER INFORMATION

1. Type of Transaction (Mark all applicable boxes)

- Statement of Actual Services       Request for Predetermination/Preauthorization  
 EPSDT / Title XIX

2. Predetermination/Preauthorization Number

## INSURANCE COMPANY/DENTAL BENEFIT PLAN INFORMATION

3. Company/Plan Name, Address, City, State, Zip Code

## OTHER COVERAGE (Mark applicable box and complete items 5-11. If none, leave blank.)

4. Dental?  Medical?  (If both, complete 5-11 for dental only.)

5. Name of Policyholder/Subscriber in #4 (Last, First, Middle Initial, Suffix)

6. Date of Birth (MM/DD/CCYY)

7. Gender

M  F

8. Policyholder/Subscriber ID (SSN or ID#)

9. Plan/Group Number

10. Patient's Relationship to Person named in #5

Self  Spouse  Dependent  Other

11. Other Insurance Company/Dental Benefit Plan Name, Address, City, State, Zip Code

## POLICYHOLDER/SUBSCRIBER INFORMATION (For Insurance Company Named in #3)

12. Policyholder/Subscriber Name (Last, First, Middle Initial, Suffix), Address, City, State, Zip Code

13. Date of Birth (MM/DD/CCYY)

14. Gender

M  F

15. Policyholder/Subscriber ID (SSN or ID#)

16. Plan/Group Number

17. Employer Name

## PATIENT INFORMATION

18. Relationship to Policyholder/Subscriber in #12 Above

Self  Spouse  Dependent Child  Other

19. Reserved For Future Use

20. Name (Last, First, Middle Initial, Suffix), Address, City, State, Zip Code

21. Date of Birth (MM/DD/CCYY)

22. Gender

M  F

23. Patient ID/Account # (Assigned by Dentist)

## RECORD OF SERVICES PROVIDED

	24. Procedure Date (MM/DD/CCYY)	25. Area of Oral Cavity	26. Tooth System	27. Tooth Number(s) or Letter(s)	28. Tooth Surface	29. Procedure Code	29a. Diag. Pointer	29b. Qty.	30. Description	31. Fee
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

33. Missing Teeth Information (Place an "X" on each missing tooth.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17

34. Diagnosis Code List Qualifier  (ICD-9 = B; ICD-10 = AB)

34a. Diagnosis Code(s) A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

(Primary diagnosis in "A") B \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_

31a. Other Fee(s)

32. Total Fee

35. Remarks

## AUTHORIZATIONS

36. I have been informed of the treatment plan and associated fees. I agree to be responsible for all charges for dental services and materials not paid by my dental benefit plan, unless prohibited by law, or the treating dentist or dental practice has a contractual agreement with my plan prohibiting all or a portion of such charges. To the extent permitted by law, I consent to your use and disclosure of my protected health information to carry out payment activities in connection with this claim.

X Patient/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

37. I hereby authorize and direct payment of the dental benefits otherwise payable to me, directly to the below named dentist or dental entity.

X Subscriber Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## ANCILLARY CLAIM/TREATMENT INFORMATION

38. Place of Treatment  (e.g. 11=office; 22=O/P Hospital)  
(Use "Place of Service Codes for Professional Claims")

39. Enclosures (Y or N)

40. Is Treatment for Orthodontics?

No (Skip 41-42)  Yes (Complete 41-42)

41. Date Appliance Placed (MM/DD/CCYY)

42. Months of Treatment

43. Replacement of Prosthesis

No  Yes (Complete 44)

44. Date of Prior Placement (MM/DD/CCYY)

45. Treatment Resulting from

Occupational illness/injury  Auto accident  Other accident

46. Date of Accident (MM/DD/CCYY)

47. Auto Accident State

## BILLING DENTIST OR DENTAL ENTITY (Leave blank if dentist or dental entity is not submitting claim on behalf of the patient or insured/subscriber.)

48. Name, Address, City, State, Zip Code

49. NPI

50. License Number

51. SSN or TIN

52. Phone Number ( ) -

52a. Additional Provider ID

## TREATING DENTIST AND TREATMENT LOCATION INFORMATION

53. I hereby certify that the procedures as indicated by date are in progress (for procedures that require multiple visits) or have been completed.

X \_\_\_\_\_  
Signed (Treating Dentist) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

54. NPI

55. License Number

56. Address, City, State, Zip Code

56a. Provider Specialty Code

57. Phone Number ( ) -

58. Additional Provider ID

The following information highlights certain form completion instructions. Comprehensive ADA Dental Claim Form completion instructions are printed in the CDT manual. Any updates to these instructions will be posted on the ADA's web site (ADA.org).

## GENERAL INSTRUCTIONS

- A. The form is designed so that the name and address (Item 3) of the third-party payer receiving the claim (insurance company/dental benefit plan) is visible in a standard #9 window envelope (window to the left). Please fold the form using the 'tick-marks' printed in the margin.
- B. Complete all items unless noted otherwise on the form or in the CDT manual's instructions.
- C. Enter the full name of an individual or a full business name, address and zip code when a name and address field is required.
- D. All dates must include the four-digit year.
- E. If the number of procedures reported exceeds the number of lines available on one claim form, list the remaining procedures on a separate, fully completed claim form.

## COORDINATION OF BENEFITS (COB)

When a claim is being submitted to the secondary payer, complete the entire form and attach the primary payer's Explanation of Benefits (EOB) showing the amount paid by the primary payer. You may also note the primary carrier paid amount in the "Remarks" field (Item 35). There are additional detailed completion instructions in the CDT manual.

## DIAGNOSIS CODING

The form supports reporting up to four diagnosis codes per dental procedure. This information is required when the diagnosis may affect claim adjudication when specific dental procedures may minimize the risks associated with the connection between the patient's oral and systemic health conditions. Diagnosis codes are linked to procedures using the following fields:

- Item 29a – Diagnosis Code Pointer ("A" through "D" as applicable from Item 34a)
- Item 34 – Diagnosis Code List Qualifier (B for ICD-9-CM; AB for ICD-10-CM)
- Item 34a – Diagnosis Code(s) / A, B, C, D (up to four, with the primary adjacent to the letter "A")

## PLACE OF TREATMENT

Enter the 2-digit Place of Service Code for Professional Claims, a HIPAA standard maintained by the Centers for Medicare and Medicaid Services. Frequently used codes are:

- 11 = Office; 12 = Home; 21 = Inpatient Hospital; 22 = Outpatient Hospital; 31 = Skilled Nursing Facility; 32 = Nursing Facility

The full list is available online at "[www.cms.gov/PhysicianFeeSched/Downloads/Website\\_POS\\_database.pdf](http://www.cms.gov/PhysicianFeeSched/Downloads/Website_POS_database.pdf)" **Note:** *Obsolete URL - search online for "CMS Place of Service Code downloads"*

## PROVIDER SPECIALTY

This code is entered in Item 56a and indicates the type of dental professional who delivered the treatment. The general code listed as "Dentist" may be used instead of any of the other codes.

Category / Description Code	Code
<b>Dentist</b> A dentist is a person qualified by a doctorate in dental surgery (D.D.S.) or dental medicine (D.M.D.) licensed by the state to practice dentistry, and practicing within the scope of that license.	122300000X
<b>General Practice</b>	1223G0001X
<b>Dental Specialty</b> (see following list)	Various
Dental Public Health	1223D0001X
Endodontics	1223E0200X
Orthodontics	1223X0400X
Pediatric Dentistry	1223P0221X
Periodontics	1223P0300X
Prosthodontics	1223P0700X
Oral & Maxillofacial Pathology	1223P0106X
Oral & Maxillofacial Radiology	1223D0008X
Oral & Maxillofacial Surgery	1223S0112X

Provider taxonomy codes listed above are a subset of the full code set that is posted at "[www.wpc-edi.com/codes/taxonomy](http://www.wpc-edi.com/codes/taxonomy)"